

Formulario de inscripción 2026

Siga estos pasos sencillos
para convertirse en afiliado de
Humana Medicare



Tenga a mano su tarjeta de Medicare

Cada persona que solicite la inscripción debe completar un formulario individual.



Firme y coloque la fecha en el formulario de inscripción

Si el formulario de inscripción no se completa y se envía dentro del período asignado, la inscripción podría ser rechazada.



Envíe su formulario de inscripción

Puede enviar por fax las páginas de Servicios para afiliados de este formulario de inscripción al: **1-877-889-9936**. O bien, envíe este formulario de inscripción por correo postal a:

Humana Medicare Enrollment
P.O. Box 14309
Lexington, KY
40512-4309

No envíe el mismo formulario de inscripción ni solicite inscribirse en el mismo plan más de una vez.



Llámenos si tiene preguntas

Si tiene preguntas, llame a un agente de ventas certificado de Humana al **1-800-833-2367 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada los días festivos y los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre. Deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada antes de finalizar el próximo día hábil.



Opciones de inscripción electrónica

¿Ha pensado en inscribirse en línea en **es-www.humana.com/Medicare** en vez de hacerlo en papel? Es una forma rápida, segura y fácil de solicitar la inscripción.

Instrucciones

- Rellene por completo los óvalos.
- Utilice solamente tinta negra.
- Escriba con claridad solo un número o letra mayúscula en cada casilla.
- Si comete un error, tache la casilla con una "X" y escriba la letra o el número correctos encima o debajo de la casilla, como se muestra a continuación:

Números y letras correctos

1 2 3 S M I ~~X~~ H

Humana®

Notas adicionales

Período de inscripción inicial (IEP, por sus siglas en inglés) y Período de elección de cobertura inicial (ICEP, por sus siglas en inglés)

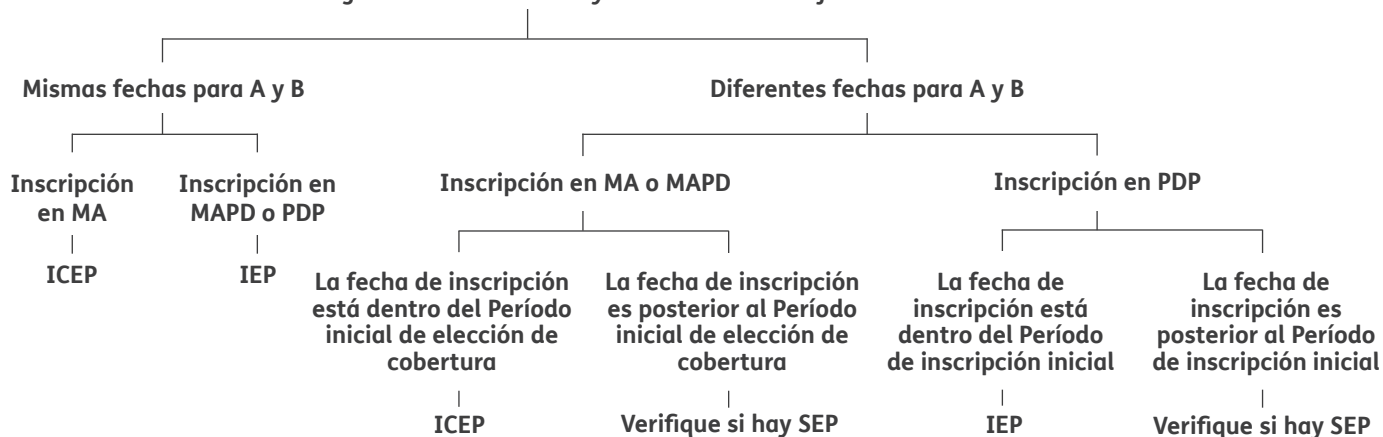
- Si las fechas de la Parte A y la Parte B son las mismas, el período de elección abarca siete meses: tres meses antes del mes en el que comienza a ser elegible, el mes en el que comienza a ser elegible y tres meses después del mes en el que comenzó a ser elegible.
- Si las fechas de la Parte A y la Parte B son diferentes, el período de elección abarca cinco meses: tres meses antes del mes de la fecha de entrada en vigencia posterior (a menudo la Parte B), el mes en que cumple los requisitos y 1 mes después del mes en que cumple los requisitos. Únicamente para inscribirse en un plan solo Medicare Advantage (MA) o en un Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados (MAPD, por sus siglas en inglés). Si la inscripción es para un plan de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés), verifique si el IEP de siete meses continúa disponible.
- La fecha de inicio de la cobertura se basa en factores como el derecho a Medicare y la presentación del formulario de inscripción completado.

Los asteriscos (*) indican campos obligatorios
Responder a campos no obligatorios es opcional. No se le puede negar la cobertura si no los completa.

Cuando ingrese su número de Medicare en el formulario de inscripción, escríbalo exactamente como aparece en su tarjeta de Medicare. N indica un número, A indica un carácter alfabético y E indica un número o un carácter alfabético. Los números de Medicare no comenzarán con cero ni contendrán las letras B, I, L, O, S o Z.

Los períodos de inscripción pueden superponerse. Asegúrese de marcar cualquier óvalo del Período de elección especial (SEP, por sus siglas en inglés) que se aplica a usted de la lista de declaraciones del SEP, en la página 4 del formulario de inscripción. Cuando se inscriba específicamente durante un SEP, una de las declaraciones del SEP debe ser verdadera para ser elegible para un SEP. Los agentes deben consultar el material auxiliar sobre opciones de inscripción (DMS-024), que se encuentra en Humana MarketPoint University en Vantage, si no ven el SEP consignado en la página 4.

Consulte las fechas de elegibilidad de la Parte A y la Parte B en la tarjeta de Medicare



Alcance de la cita (SOA, por sus siglas en inglés) (pág. 8)

Los agentes deben usar uno de los códigos de tres letras a continuación para el campo de tipo de cita.

F2F – En persona

INH – Cita en el hogar

OTH – Otro

RET – Socio minorista

SEM – Seminario

TEL – Telefónica

WAL – Walmart

Aviso de no discriminación

Humana Inc y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discriminan ni excluyen a las personas por su raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. Humana Inc.:

- Proporciona a las personas con discapacidades adaptaciones razonables y servicios y ayudas auxiliares gratuitas y adecuadas para comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes acreditados de lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos de acceso electrónico o de otro tipo).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no es el inglés, los cuales pueden incluir:
 - Intérpretes acreditados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita adaptaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con **877-320-1235 (TTY: 711)**. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Si usted cree que Humana Inc. no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja en persona o por correo postal o electrónico a la atención del coordinador de no discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)**, o **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de no discriminación de Humana Inc. puede ayudarle.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o por teléfono a:

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

Afiliados de California:

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Servicios de Cuidado de la salud de California, Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, llamando al **916-440-7370 (TTY: 711)**, enviando un correo electrónico a **Civilrights@dhcs.ca.gov**, o por correo postal a: Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413. Formularios de quejas disponibles en: **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.

Este aviso está disponible en **es-www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure**.

GHHNDN2025HUM_SP

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **877-320-1235 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **877-320-1235 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Չանգահարե՛ք՝ **877-320-1235 (TTY: 711)**:

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **877-320-1235 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 [Simplified Chinese]: 我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **877-320-1235 (听障专线: 711)**。

繁體中文 [Traditional Chinese]: 我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **877-320-1235 (聽障專線: 711)**。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **877-320-1235 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français [French]: Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati]: નિ:શુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **877-320-1235 (TTY: 711)** પર કોલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **877-320-1235 (TTY: 711)**.

हिन्दी [Hindi]: नि:शुल्क भाषा, सहायक मदद और वैकल्पिक प्रारूप सेवाएं उपलब्ध हैं। **877-320-1235 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **877-320-1235 (TTY: 711)**.

This notice is available at <https://www.humana.com/legal/multi-language-support>.

GHHNOA2025HUM_0425

日本語 [Japanese]: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**877-320-1235 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ [Khmer]: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជំនួយផ្សេងៗដល់អ្នកមានការពិការភាព។ ទូរសព្ទទៅលេខ **877-320-1235 (TTY: 711)**។

한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다.
877-320-1235 (TTY: 711)번으로 문의하십시오.

ພາສາລາວ [Lao]: ມີການບໍລິການດ້ານພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໃຫ້ໄດ້ຢູ່ນີ້.
ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahjí' bee adahodooníłgíí diné bich'í' anídahazt'i'í, dóó łahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohjí' hodíłnih **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Português [Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **877-320-1235 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Tagalog [Tagalog]: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **877-320-1235 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. **877-320-1235 (TTY: 711)** ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **877-320-1235 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

877-320-1235 (TTY: 711) اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi **877-320-1235 (TTY: 711)**.

አማርኛ [Amharic]: ቋንቋ፣ አገዥ ማዳመጫ እና አማራጭ ቅርፅ ያላቸው አገልግሎቶችዎ ይገኛሉ። በ **877-320-1235 (TTY: 711)** ላይ ይደውሉ።

Bàsco [Bassa]: Wuḍu-xwínín-mú-zà-zà kùà, Hwòdǒ-fónó-nyo, kè nyo-boŭn-po-kà bɛ́ bɛ́ nyuɛɛ se wídí pɛ́ɛ-pɛ́ɛ dǒ ko. **877-320-1235 (TTY: 711)** dá.

Bekee [Igbo]: Asụsụ n'efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn ìṣẹ̀ àtìlẹ̀hìn ìrànlọ́wọ̀ èdè, àtì ọ̀nà kíkà mírán wà lárọ̀wọ̀tọ̀. Pe **877-320-1235 (TTY: 711)**.

नेपाली [Nepali]: भाषासम्बन्धी निःशुल्क, सहायक साधन र वैकल्पिक फार्मेट (ढाँचा/व्यवस्था) सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।



LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE

Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, la afiliación a Humana puede influir en los beneficios de cuidado de la salud de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato al afiliarse a Humana.

Al completar este formulario de inscripción, acepto lo siguiente:

Si me inscribo en un plan de salud Medicare Advantage con contrato con el gobierno federal, tendré que conservar las Partes A y B de Medicare para permanecer en el plan. Debo continuar pagando mi prima de la Parte B de Medicare. Si me inscribo en un plan de medicamentos recetados de Medicare, tendré que mantener mi cobertura de las Partes A o B de Medicare. Es responsabilidad mía informar a Humana sobre cualquier cobertura para medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro. **Entiendo que si no tengo cobertura de medicamentos recetados de Medicare, o una cobertura de medicamentos recetados válida (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si en el futuro me inscribo en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.** Salvo algunas excepciones, solo puedo participar en un plan de salud Medicare Advantage o en un plan de medicamentos recetados de Medicare a la vez. Entiendo que mi inscripción en el plan que seleccione puede poner fin a mi inscripción en otro plan de salud Medicare Advantage o plan de medicamentos recetados. La inscripción en el plan que yo seleccione es generalmente por el año completo.

Entiendo que cuando comienza mi cobertura de Humana, debo obtener todos mis beneficios médicos y/o de medicamentos recetados de Humana. Se cubrirán los beneficios y servicios que provea Humana y que estén contenidos en mi documento "Evidencia de cobertura" (también conocida como contrato del afiliado o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni Humana pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos. Los beneficios y servicios deben obtenerse de Humana para que estén cubiertos como beneficios de Medicare, a excepción de los gastos de hospicio y de adquisición de riñón para trasplantes, que están cubiertos por Medicare. Acataré las reglas de mi Evidencia de cobertura.

Este plan de Humana presta servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de este plan de Humana, debo notificar a Humana para poder cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en el área nueva. La cobertura de emergencias (tanto dentro como fuera del área de servicio del plan) y el cuidado de urgencia están siempre cubiertos.

Los agentes/corredores de ventas pueden recibir una compensación si ayudan al solicitante a inscribirse.

Una vez que Humana haya recibido mi formulario de inscripción, puedo obtener una carta de verificación para asegurar de que comprendo cómo funciona mi plan y confirmar mi intención de inscribirme. Este no es un plan secundario a las Partes A y B de Medicare. Humana será responsable de los pagos en lugar de Medicare, y yo seré responsable de pagar las cantidades que Humana no cubra, como copagos y coseguros. Las Partes A y B de Medicare no pagarán mi cuidado de la salud mientras yo esté inscrito en un plan de salud Medicare Advantage de Humana.

- Si solicita inscribirse en un plan **Privado de cargo por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés)**, se aplica la siguiente declaración: Entiendo que este plan es un plan Medicare Advantage PFFS que puede tener cobertura para medicamentos recetados incorporada. Antes de ver a un proveedor, debo verificar si el proveedor acepta el plan antes de cada consulta. Mi médico u hospital no están obligados a aceptar los términos y condiciones del plan y, por tanto, pueden optar por no brindarme tratamiento, excepto en casos de emergencia. Entiendo que mis proveedores de cuidado de la salud tienen derecho a optar por aceptar o no los términos y condiciones de pago de un plan PFFS cada vez que les consulto. Entiendo que si mi proveedor decide no aceptar el plan PFFS, tendré que buscar a otro proveedor que sí lo haga. Entiendo que si mi plan PFFS no ofrece cobertura para medicamentos recetados de Medicare, podré obtener cobertura a través de otro plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Si solicita inscribirse en un **Plan de necesidades especiales para afecciones crónicas (C-SNP, por sus siglas en inglés)**, se aplica la siguiente declaración: Entiendo que este plan es un plan de necesidades especiales para afecciones crónicas. Mi capacidad para inscribirme depende de la verificación por parte de un médico de que tengo una o más afecciones médicas elegibles.

- Si solicita inscribirse en un **Plan de necesidades especiales institucional (I-SNP, por sus siglas en inglés)**, se aplica la siguiente declaración: Entiendo que este plan es un plan de necesidades especiales institucional. Mi capacidad para inscribirme depende de la verificación de que mi afección hace que sea probable que la duración de la estadía o la necesidad de un nivel de cuidado institucional sea de al menos 90 días, o que residir en la comunidad y reúna los requisitos del estado para el nivel de cuidado institucional.
- Entiendo que me inscribo en un Plan Medicare Advantage de Humana o un Plan de medicamentos recetados Medicare de Humana, y no es un Plan Suplementario de Medicare, Medigap, Medicare Select o Medicaid.

La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Divulgación de información:

Al inscribirme en este plan de Medicare, reconozco que Humana compartirá mi información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de EE. UU., que puede utilizarla para realizar un seguimiento de la afiliación, efectuar pagos y otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración sobre la Ley de Privacidad más abajo).

Declaración de la Ley de Privacidad:

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar el cuidado médico y pagar los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Sistema n.º 09-70-0588, "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", del Aviso del sistema de registros (SORN, por sus siglas en inglés). **Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.**

Personas sin hogar:

Si desea afiliarse a un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, una dirección de un centro de acogida o de una clínica, o la dirección en la que recibe correspondencia (p. ej., cheques de beneficios del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

Escriba esta información en letra de imprenta exactamente como figura en su tarjeta de Medicare.

NÚMERO DEL AGENTE (SAN) [] [] [] [] []
FECHA DE NACIMIENTO* SEXO*
[M] [M] - [D] [D] - [A] [A] [A] [A] F M
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO
H [] [] [] [] [] [] []

Consulte a su agente para completar estas preguntas.
FECHA PROPUESTA DE INICIO DE LA COBERTURA*
MM - 01 - 2026
(Debe ser posterior a la fecha de la firma en la pág. 8)

☐ ICEP ☐ IEP ☐ AEP ☐ OEP ☐ OEP NEW ☐ OEPI ☐ SEP
☐ MA o ☐ PDP o ☐ MAPD ☐ MAPD ☐ CÓDIGO†

(Consulte la página de Notas adicionales)

†Requerido si seleccionó SEP. Consulte el código en la pág. 4.

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES - OH



SEGURO DE SALUD DE MEDICARE

APELLIDO*

NOMBRE*

ISN

NÚMERO DE MEDICARE*

N A E N - A E N - A A N N

TIENE DERECHO A

FECHA DE VIGENCIA

SEGURO DE HOSPITAL (PARTE A)

M M - 0 1 - A A A A

SEGURO MÉDICO (PARTE B)

M M - 0 1 - A A A A

DIRECCIÓN RESIDENCIAL* No se permiten apartados postales.

CIUDAD* APTD. o SUITE
 ESTADO* CÓDIGO POSTAL*
 CONDADO*

DIRECCIÓN POSTAL Su dirección residencial confirma su área de servicio. Escriba en letra de imprenta su dirección postal/apartado postal aquí, si corresponde. Si su dirección postal es la misma que la dirección residencial, rellene este óvalo.

CIUDAD _____ APTO. o SUITE _____
ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

Es importante que podamos comunicarnos con usted para ayudarlo a mantenerse informado y cuidar de su salud. Proporcione su número de teléfono y su dirección de correo electrónico.

TELÉFONO () -
 TIPO DE TELÉFONO ☐ Celular ☐ Residencial (línea fija)

En ocasiones, es posible que Humana utilice un sistema automatizado para llamarle o enviarle mensajes de texto. Cuando eso suceda, nos aseguraremos de utilizar el número de teléfono que proporcionó.

CORREO ELECTRÓNICO Al proveer su dirección de correo electrónico, usted autoriza a Humana a enviarle información sobre salud a esta dirección.

Deje de usar papel. Muchos documentos del plan ahora están disponibles en formato digital. Consulte el libro de inscripción para obtener una lista de comunicaciones disponibles y orientación sobre cómo ver sus documentos. Si elige esta opción, rellene este óvalo.

Recomendamos encarecidamente que todos los solicitantes de planes médicos incluyan a continuación la información de su médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Debe completar esta sección si solicita un plan HMO. Consulte su Resumen de beneficios para determinar si su plan requiere un PCP.

Consulte su Resumen de Beneficios para determinar si su plan requiere un PCP.

¿Usted ya es paciente del médico que ha elegido?

☐ Sí ☐ No

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos recetados durante el Período anual de elección (AEP, por sus siglas en inglés), entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año. Además, puede optar por cambiar su plan Medicare Advantage una vez durante el Período de inscripción abierta (OEP, por sus siglas en inglés) anual entre el 1 de enero y el 31 de marzo de cada año, o inmediatamente después de inscribirse en un plan durante su IEP/ICEP (OEP NEW). Se aplican limitaciones a los cambios de planes que se permiten durante el OEP. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse fuera de estos períodos. Lea detenidamente las siguientes declaraciones y marque el óvalo a la izquierda de cualquiera que se aplique en su caso. Al marcar cualquiera de los óvalos a continuación, usted certifica que, a su leal saber y entender, el texto es una declaración verdadera sobre usted. **Si en el futuro determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se le desafilie.**

Código SEP	Declaraciones del Período de elección especial (SEP, por sus siglas en inglés)
☐ LEC	Voy a perder/dejar la cobertura de un patrono o sindicato o perdí este tipo de cobertura en los últimos dos meses.
☐ DEP	Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos recetados de Medicare, pero NO HE TENIDO NINGÚN cambio. Tenga en cuenta: Este SEP es válido una vez al mes durante todo el año y solo para la inscripción en un PDP.
☐ NLS	Hubo un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos recetados de Medicare (hace poco empecé a recibir asistencia, hubo un cambio en el nivel o perdí la elegibilidad) en los últimos tres meses.
☐ MCD	Hubo un cambio en mi estatus de Medicaid (hace poco empecé a recibir asistencia, hubo un cambio en el nivel o perdí la elegibilidad) en los últimos tres meses.
☐ MOV	Me mudaré o me he mudado en los últimos dos meses. La mudanza es fuera del área de servicio de mi plan actual o este plan es una opción nueva para mí.
☐ SNP	Se me ha notificado que ya no soy elegible para mi Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad y estoy en un período considerado de elegibilidad continuada o me desafilieron de mi Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad en los últimos tres meses debido a un cambio o pérdida de Medicaid.
☐ EOC	Mi actual plan Medicare Advantage (MA) finaliza su contrato para el próximo año contractual. Tenga en cuenta: Este SEP solo es válido del 8 de diciembre al último día del mes de febrero.
☐ OTH	Ninguna de las declaraciones anteriores se aplica en mi caso. No obstante, considero que mis circunstancias especiales permiten realizar una excepción para mi inscripción. Humana se comunicará con usted para determinar si se puede otorgar una excepción. Debe incluir el motivo a continuación.

Notas (en caso de OTH):

Selección de plan

Proporcione a continuación la información del plan correspondiente al plan médico o de medicamentos recetados que desea. Puede encontrar información sobre los planes en su Resumen de beneficios.

CONTRATO*

PBP*

SEGMENTO

0

0

Proporcione la prima mensual básica para este plan según el Resumen de beneficios. Esta cantidad nos ayuda a identificar el plan que desea y no debe incluir primas de OSB, multas por afiliación tardía ni pagos de otras partes, como Medicaid.

PRIMA MENSUAL BÁSICA*

\$

.

Seleccione una opción a continuación que corresponda con los detalles del plan que proporcionó anteriormente. Consulte el Resumen de beneficios o a su agente para obtener ayuda.

Quisiera UNA de las siguientes opciones:*

- ☐

Humana Gold Plus® HMO
- ☐

Humana Gold Plus® Giveback HMO
- ☐

Humana USAA Honor Giveback HMO
- ☐

Humana Essentials Plus Giveback HMO
- ☐

Humana Gold Plus® HMO C-SNP
(se requiere Formulario de elegibilidad previa adicional)
- ☐

Humana Community HMO C-SNP
(se requiere Formulario de elegibilidad previa adicional)
- ☐

Humana Community HMO
- ☐

Humana Select Partner Plan HMO
- ☐

Humana Cleveland Clinic Preferred HMO
- ☐

Humana LCMC Advantage HMO
- ☐

Humana FMOL Network HMO
- ☐

Humana Total Complete HMO
- ☐

Humana Total Complete Giveback HMO

☐

HumanaChoice® PPO

☐

HumanaChoice® Giveback PPO

☐

Humana USAA Honor Giveback PPO

☐

Humana Essentials Plus Giveback PPO

☐

HumanaChoice® PPO C-SNP
(se requiere Formulario de elegibilidad previa adicional)

☐

Humana Together in Health PPO I-SNP
(se requiere Formulario de ratificación adicional)

☐

Humana Together in Health Select PPO I-SNP
(se requiere Formulario de ratificación adicional)

☐

Humana Senior Living Plan PPO I-SNP
(se requiere Formulario de ratificación adicional)

☐

Humana USAA Honor Giveback with Rx PPO

☐

Humana Full Access PPO

☐

Humana Full Access Giveback PPO

☐

Humana Value Plus PPO

☐

Humana Value Choice PPO

☐

Humana Direct Choice Giveback PPO

☐

Humana Basic Rx Plan (PDP)

☐

Humana Premier Rx Plan (PDP)

☐

Humana Value Rx Plan (PDP)

☐

Humana Gold Choice® PFFS

Si selecciona un plan Medicare Advantage HMO o PPO que no incluye cobertura para medicamentos recetados, no puede tener un plan de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés) independiente al mismo tiempo.

Los asteriscos (*) indican campos obligatorios

NÚMERO DE MEDICARE DEL SOLICITANTE*

N A E N - A E N - A A N N

BENEFICIO SUPLEMENTARIO OPCIONAL EN EL QUE SE INSCRIBE:

Las ofertas de OSB no están disponibles en todas las áreas. **Consulte su Resumen de Beneficios para ver los Beneficios Suplementarios Opcionales disponibles para su plan.**

Si desea inscribirse en el OSB disponible para su plan, rellene el óvalo.

☐ MyOptionSM DEN972

Los solicitantes deben seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare y la prima del plan de Humana, además de la prima del OSB.

Los Beneficios Suplementarios Opcionales (OSB, por sus siglas en inglés) MyOption de Humana están disponibles únicamente para los afiliados de ciertos planes Medicare Advantage (MA) de Humana. Los afiliados a planes de Humana que ofrecen OSB pueden inscribirse en OSB en el momento de la inscripción inicial en el plan MA o en los 3 meses siguientes a la fecha de entrada en vigencia del plan. Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Si tendrá otra cobertura para medicamentos recetados (como VA o TRICARE) además de este plan en el que solicita inscribirse, rellene este óvalo.*

☐ Tendré otra cobertura para medicamentos recetados

Proporcione aquí los detalles de su otra cobertura para medicamentos recetados, si corresponde.

NOMBRE DE LA OTRA COBERTURA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE ESTA COBERTURA

NÚMERO DE GRUPO DE ESTA COBERTURA

Una vez inscrito, ¿trabajarán usted o su esposo/a?

☐ Sí ☐ No

Idioma escrito preferido (cuando esté disponible)

☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino ☐ Coreano ☐ Otro _____

Idioma verbal preferido

☐ Inglés ☐ Español ☐ Mandarín ☐ Cantonés
☐ Coreano ☐ Otro _____

Si se necesita un formato accesible, seleccione una opción. Si no se selecciona ninguna, recibirá materiales impresos con fuente estándar.

☐ Audio ☐ Letras grandes ☐ PDF para lector de pantalla de fácil acceso
☐ Oral por teléfono ☐ Sistema Braille ☐ CD de datos

Llame al **1-877-320-1235 (TTY: 711)** si necesita información en otro formato o idioma.

SELECCIONE UNA OPCIÓN DE PAGO DE PRIMA. Puede pagar la prima mensual del plan o la multa por afiliación tardía mediante deducciones automáticas de su cuenta bancaria, deducciones automáticas de su cheque de beneficios de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés), o deducciones automáticas de su tarjeta de crédito o débito. También puede optar por pagar por correo postal con un talonario de pago. **Si no elige una de las siguientes opciones de pago, se le asignará de manera predeterminada el talonario de pago.**

Deducción automática de cuenta bancaria

Información de la cuenta bancaria (complete esta sección solo si seleccionó Deducción automática de cuenta bancaria como opción de pago).

- ☐ Cuenta de cheques ☐ Cuenta de ahorros

NOMBRE DEL BANCO

NÚMERO DE RUTA BANCARIA

NÚMERO DE CUENTA

[illegible]

FOR _____

0019250975 2137757105 186

Núm. de ruta bancaria Núm. de cuenta

Deducción del cheque de beneficios del Seguro Social (vea la nota más abajo)

Deducción del cheque de beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (vea la nota más abajo)

Actualmente debe estar recibiendo un cheque de beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios para ser elegible para esta opción de pago.

NOTA: Debido a cronogramas de procesamiento exigidos por los CMS (Medicare), la deducción de su SSA o RRB podría denegarse para el pago de su primera prima. Humana emitirá una factura para el pago inicial y reenviará su solicitud a los CMS (Medicare) para que la deducción de su SSA o RRB comience con su prima del segundo mes. El inicio de la deducción podría demorar dos o más cheques de beneficios. En muchos casos, si la SSA o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios comenzará el mes en que la SSA acepte la retención. Si la SSA o la RRB deniegan su solicitud de deducción automática, le enviaremos un talonario de pago para sus primas mensuales.

Deducción automática de tarjeta de crédito o débito

Información de la tarjeta de crédito o débito (complete esta sección solo si seleccionó Deducción automática de tarjeta de crédito o débito como opción de pago).

- Mastercard Visa Discover American Express

NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO

FECHA DE VENCIMIENTO

MM - 20 AA

 Talonnario de pago

Puede visitar **es-www.humana.com/pay** para hacer sus pagos de la prima mensual en línea. Si seleccionó talonario de pago como opción de pago, puede pagar con la antelación que desee. También puede iniciar sesión en su cuenta segura de MyHumana (haga clic en Register [Registrarse] si aún no se ha inscrito) o descargar la aplicación móvil MyHumana para aprovechar otros servicios relacionados con la prima.

Si se le cobra una Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA, por sus siglas en inglés), la Administración del Seguro Social se lo notificará. Será responsable de pagar esta cantidad extra además de la prima del plan. NO pague a Humana la Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA, por sus siglas en inglés).

He leído y entiendo la importante información de las páginas anteriores. He recibido y revisado una copia del Resumen de beneficios.

FIRMA DEL SOLICITANTE* o representante legal autorizado (incluidos poder legal válido, tutor legal, etc.)

FECHA DE LA FIRMA*
M M - D D - 2 0 A A

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en este formulario de inscripción significa que he leído y comprendido el contenido de este formulario de inscripción. Si un representante autorizado (como se describe arriba) firma el presente documento, la firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por las leyes estatales para completar esta inscripción, y 2) la documentación relacionada con esta autorización está disponible si Medicare la solicita.

Si usted es el representante legal autorizado, **DEBE** firmar arriba y suministrar la siguiente información:

APELLIDO	NOMBRE	ISN
DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	
() -		

SOLO PARA PERSONAS QUE AYUDEN A UN SOLICITANTE A COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Complete esta sección si usted es una persona (por ejemplo, agente, corredor, asesor de SHIP, familiar u otro tercero) que ayuda a un solicitante a llenar este formulario.

NOMBRE	FIRMA
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	NÚMERO NACIONAL DEL PRODUCTOR (SOLO AGENTES/CORREDORES)

SOLO PARA USO DEL AGENTE

TIPO DE CITA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ALCANCE DE LA CITA		
NOMBRE DEL AGENTE DE SUSCRIPCIÓN*			
NÚMERO DEL AGENTE (SAN)*	FECHA*		
	M M - D D - 2 0 A A		
SOCIO AFFINITY	UBICACIÓN	CAMPAÑA	
NOMBRE DEL AGENTE QUE HACE EL REFERIDO			
NÚMERO DEL AGENTE QUE HACE EL REFERIDO (SAN)	CONTRATO*	PBP*	SEGMENTO
			0 0

PREGUNTE AL SOLICITANTE: ¿Desea proporcionar su condición de veterano?*

☐ Yo ☐ Esposo/a ☐ Dependiente ☐ No soy un veterano/a ☐ Prefiere no responder

ORIGEN DEL CLIENTE POTENCIAL*

☐ Libro de negocios ☐ Evento ☐ Mercadeo/publicidad ☐ Tercero ☐ Humana



es-www.humana.com